

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

No

158

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Février 1896, à 1 heure

Par HENRI PELLERIN,

Né à Cailly (Seine-Inférieure), le 30 août 1868.

Ancien interne des Hôpitaux et de la Maternité de Rouen.

BOURRAGE DU VAGIN

PAR

LES TAMPONS GLYCÉRINÉS

(Columnisation des Américains)

Président : M. TILLAUX, professeur.

Professeur : M. PINARD.

Agrégés : MM. { SÉBILLEAU.
BROCA.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Février 1896, à 1 heure

Par HENRI PELLERIN,

Né à Cailly (Seine-Inférieure), le 30 août 1868.

Ancien interne des Hôpitaux et de la Maternité de Rouen.

BOURRAGE DU VAGIN

PAR

LES TAMPONS GLYCÉRINÉS

(Columnisation des Américains)

Président : M. TILLAUX, professeur.

Professeur : M. PINARD.

Agrégés : MM. { SÉBILLEAU.
BROCA.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		N...
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
Clinique médicale.....		SÉE (G.)
		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIERRY.
ALBARAN.	GILBERT.	NELATON.	THOINOT.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	travaux anatomi-	WALTER.
BROCA.	HEIM.	ques.	WEISS.
CHANTEMESSE.	LEJARS.	BETTERER.	WIDAL.
CHARRIN.	LETULLE.	RICARD.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	
	MARIE.	SEBILLEAU.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

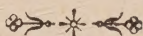
Membre de l'Académie de Médecine
Ancien président de la Société de Chirurgie
Chirurgien à la Charité
Commandeur de la Légion d'honneur



BOURRAGE DU VAGIN

PAR LES TAMPONS GLYCÉRINÉS

(Columnisation des Américains)



AVANT-PROPOS



Avant de terminer nos études, nous sommes heureux de témoigner notre vive gratitude à nos maîtres de l'École de médecine et des hôpitaux de Rouen.

Nous remercierons particulièrement ceux qui nous ont initié aux secrets de la clinique : MM. Boucher, Brunon, Cerné, Chaboux, François Hue, Leudet, Martin, Ollivier et Petitclerc.

Nous n'oublierons pas non plus nos maîtres dans les hôpitaux de Paris.

Les leçons de MM. Ferrand et Lancereaux nous ont laissé un souvenir ineffaçable.

Lorsque nous avons dû faire notre stage d'accouchements, nous avons été heureux de choisir le service de M. le professeur Pinard, et c'est avec regret que nous avons quitté un enseignement aussi précieux.

Nous croirions manquer à un devoir si nous n'adressions un dernier hommage à la mémoire de MM. Duménil et Thierry, nos regrettés maîtres.

Que MM. Brunon, François Hue et Jude Hue veuillent bien accepter nos remerciements pour les renseignements qu'ils nous ont donnés au sujet de notre thèse.

M. le professeur Tillaux a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions de recevoir l'assurance de notre profonde reconnaissance.





INTRODUCTION



Le mot columnisation vient du mot anglais column qui veut dire colonne.

En effet, la columnisation est un procédé de pansement qui consiste à bourrer le vagin avec une sorte de colonne de tampons glycérinés qui viennent immobiliser l'utérus. Le col se trouve enfoncé à la façon d'un coin au sommet de cette pyramide de coton glycériné.

Le but de notre thèse sera de montrer quels sont les résultats que le praticien doit attendre de ce procédé de pansement simple. Quels sont les cas où ce traitement pourra être employé avec efficacité et quelles sont les affections dans lesquelles il ne donnerait que de mauvais résultats.

Pour traiter ce sujet, nous ferons connaître l'origine de la columnisation, les phases par lesquelles a passé ce traitement; les différentes techniques employées; les résultats obtenus, en faisant par instant, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, une sorte de parallèle avec les traitements le plus généralement appliqués.

Après avoir donné des indications précises pour l'application de cette thérapeutique médico-gynécologique, nous publierons nos observations qui nous permettront de présenter nos conclusions.





CHAPITRE PREMIER



Historique.



Ce traitement, d'origine américaine, a été inventé par Bozeman.

C'est en 1887, le 17 février, que James Etheridge (1), à la Société de gynécologie de Chicago, vulgarisa la columnisation et l'attribua à Bozeman.

Comme il arrive parfois, la méthode ne porte pas le nom de l'inventeur, elle est connue sous le nom de traitement de Taliaferro (2).

(1) Antiseptic tamponnement of the vagina in the treatment of pelvic inflammation (in American Journal of obstetric, t. XX, p. 665, 1887).

(2) V.-H. Taliaferro. The application of pressure in diseases of the uterus, 1878.

Il faut d'ailleurs, pour être juste, reconnaître que le gynécologue d'Atlanta a employé d'une façon systématique ce procédé et en a fait connaître les excellents résultats.

Il nous apprend que, sous l'influence de ce traitement, on observe les phénomènes suivants :

- 1° La pression méthodique du vagin diminue l'afflux sanguin ;
- 2° Les exsudats sont absorbés plus rapidement ;
- 3° Les tissus hyperplasiques sont détruits par métamorphose rétrograde ;
- 4° Les déplacements sont réduits.

Bientôt après, les communications furent nombreuses qui vinrent confirmer l'opinion émise par les premiers observateurs.

Tour à tour Coe (1), Tucker (2), Huellmann (3), dans le *Journal american of obstetric*, publièrent des conclusions favorables à ce traitement. Nous apprenons dans cette publication, par une discussion entre Tucker et Coe, que ce dernier, après avoir abandonné la columinisation dans les déviations utérines, pour employer la méthode sanglante, dut revenir ensuite à son premier mode de traitement.

Enfin Patter (4), dans un mémoire intéressant et lon-

(1) Coe. *American Journal of obstetric*, 1887, p. 516.

(2) Tucker. *Idem*, p. 288.

(3) Huellman. *Idem*, p. 336.

(4) Patter. *Idem*, p. 1092.

guement étudié, complète les conclusions de Taliaferro :

1° C'est un très bon traitement pour la rétroversion adhérente. L'application d'un pessaire doit être toujours précédée par le tamponnement du vagin pendant un temps plus ou moins long, suivant les cas ;

2° Dans les inflammations pelviennes péri-utérines, soit cellulaires, soit péritonéales, ce traitement changera souvent le cours de la maladie et en arrêtera les progrès, préviendra la suppuration ou en diminuera les ravages et souvent amènera une heureuse issue, sans qu'on ait finalement recours à une intervention chirurgicale.

En France et dans l'Europe entière, la columnisation n'a guère été employée.

Si nous faisons des recherches bibliographiques pour voir quels sont les gynécologues européens qui se sont occupés de la question, nous voyons qu'Huellman (1) se serait très bien trouvé des tampons glycérinés.

Parmi les auteurs français, nous citerons MM. S. Bonnet et P. Petit (2) qui, dans leur *Traité pratique de Gynécologie*, mentionnent le procédé.

M. Pozzi (3), dans son *Traité de Gynécologie*,

(1) Huellman. Der Frauenarzt (in American Journal of obstetric, 1887, t. XX, p. 337).

(2) S. Bonnet et P. Petit. *Traité pratique de gynécologie*. Paris, 1894, p. 589.

(3) Pozzi. *Traité de gynécologie*. 2^e édition, Paris, 1892.

s'exprime ainsi : « Je me suis souvent très bien trouvé, même sans qu'il y eût à corriger une déviation utérine, de placer avec soin une série de petites masses de coton glycérimé autour du col. »

M. Auvard (1) et M. d'Hotman de Villiers (2) montrent les avantages de ce traitement dans les affections des annexes.

La même année, l'Ecole lyonnaise signalait les résultats obtenus par ce procédé, dans le service de M. Laroyenne.

Plusieurs articles de M. Condamin (3) paraissaient dans la *Presse médicale* ; en même temps que les thèses de MM. Dervich (4) et Quincieu (5).

(1) Auvard. Archives de tocologie. Juin 1894, p. 401.

(2) D'Hotman de Villiers. Semaine médicale, 12 mai 1894.

(3) R. Condamin. Lyon médical, 3 juin 1894 ; Mercredi médical, 6 juin 1894.

(4) Ismail Vehbi Dervich. Thèse de Lyon, 1894.

(5) Quincieu. Thèse de Lyon, 1895.





CHAPITRE II



Différentes techniques.



La columnisation eut donc de nombreux partisans, elle fut fréquemment employée et, pour cette raison, subit de légères modifications dans sa technique.

En Amérique, le procédé ne varia guère; tous les gynécologues adoptèrent la méthode de Taliaferro. Nous en donnerons la description et nous verrons comment on l'a modifiée en France.

TECHNIQUE DE TALIAFERRO. — Taliaferro faisait placer la malade dans la position genu-pectorale. L'air pénétrant dans le vagin distendu ainsi, l'opérateur introduisait avec une longue pince à pansement deux ou trois plumasseaux imbibés de glycérine; puis rem-

plissait le reste du vagin avec des tampons secs de laine finement cardée et bien tassée. La vulve, naturellement, était libre pour permettre la miction. D'après Taliaferro, la laine est supérieure au coton, parce qu'elle est plus élastique. Cette laine a été préalablement trempée dans une solution phéniquée, puis soigneusement exprimée. Comme nous le verrons, il ne se produit aucune fermentation et les tampons renouvelés tous les deux ou trois jours ne portent pas d'odeur.

Le docteur Quincieu (1) dit que l'on pourrait reprocher à Taliaferro d'employer pour son pansement une substance simplement antiseptisée et non stérilisée; il a raison d'ajouter : « On ne doit pas cependant insister sur ce point, car au moment où il décrit sa méthode, il ne pouvait mieux faire. »

L'acide phénique employé dans ce cas a l'inconvénient que signalait Taliaferro lui-même (2), d'irriter la muqueuse vaginale et de produire des ulcérations.

En France, le docteur Auvard, en juin 1894, dans les *Archives de Tocologie*, donnait sa technique opératoire à propos de l'observation d'une femme soignée pour salpingo-ovarite par les tampons glycélinés. L'auteur appelle son traitement bourrage du vagin et voici comment il décrit sa méthode :

TECHNIQUE DE M. AUWARD. — La malade est placée

(1) Quincieu. Loc. cit., p. 12.

(2) Munde. A treatise on minor Surgical gynecology, p. 236.

sur une table d'examen, les jambes soutenues et écartées; après nettoyage de la vulve et du vagin, avec une solution antiseptique, on applique le spéculum; on se sert de préférence d'un spéculum bivalve; à l'aide d'un tampon d'ouate porté sur une pince à pansement, on achève de nettoyer complètement le col et on enlève les mucosités qui n'ont pas été entraînées par l'injection: puis on verse dans l'intérieur du spéculum une certaine quantité de glycérine, la quantité que contiendrait un verre à liqueur. On peut aussi ajouter un peu de poudre d'iodoforme pour éviter l'odeur qu'occasionne l'écoulement utérin en contact avec des tampons séjournant un certain temps dans le vagin. Mais cette addition d'iodoforme n'est pas absolument nécessaire, car l'odeur amenée par le séjour des tampons n'est pas un inconvénient au point de vue de la santé de la malade,

Avec la pince à pansements, on introduit un premier tampon dans le cul-de-sac postérieur, puis un autre dans chaque cul-de-sac latéral; un quatrième tampon est appliqué dans le cul-de-sac antérieur.

Ces tampons sont faits avec de la ouate hydrophile, leur volume est celui d'un abricot.

Il faut avoir soin de bien appliquer chaque tampon dans le cul-de-sac vaginal afin de le distendre complètement.

Lorsque tous les tampons sont introduits, le col utérin est emprisonné entre eux, et l'utérus se trouve maintenu par une sorte de coussinet circulaire sur lequel il repose.

Les tampons s'imbibent de la glycérine qui a été versée dans le vagin ; ils doivent rester quarante-huit heures en place et ne seront retirés que par le médecin au moment de sa consultation.

Ces pansements devront être renouvelés trois fois par semaine, tous les deux jours, mais ils peuvent cependant rester sans inconvénient pendant trois jours.

Ces tampons, qui restent en permanence dans le vagin, ne gênent ni la miction ni la défécation, ils sont seulement un obstacle aux rapports sexuels et donnent ainsi, au système génital, un repos qu'on ne pourrait souvent obtenir avec les recommandations les plus expresses.

M. d'Hotman de Villiers (1) employa le même procédé que M. Auvard pour deux cas de salpingo-ovarite chronique.

Le procédé employé à la clinique de M. le professeur Laroyenne est le suivant (2) :

« Après désinfection soigneuse du vagin, un spéculum ordinaire est introduit aussi profondément que possible et ses branches écartées. On place alors les tampons, en commençant par celui qui doit occuper le fond du cul-de-sac postérieur, puis en continuant par ceux qui sont destinés aux culs-de-sac latéraux et anté-

(1) *D'Hotman de Villiers* Archives de tocologie et de gynécologie, août 1894, p. 589.

(2) *Condamin*. Lyon médical, 3 juin 1894.

rieur. Ils sont en coton hydrophile ou boriqué trempé dans de la glycérine neutre et fortement exprimés pour ne pas se réduire ensuite dans le vagin. Ils doivent présenter le volume d'une grosse noix. Les premiers, qui devraient rester en contact avec les culs-de-sac vaginaux et le col utérin, sont en outre saupoudrés d'iodoforme. De cette façon, ils constituent d'abord un pansement antiseptique et, d'autre part, empêchent les écoulements utérins et vaginaux de se putréfier et de présenter au bout de quelques jours une odeur fétide. Les tampons qui sont dans le reste du vagin sont simplement imbibés de glycérine. Ainsi, l'odeur de l'iodoforme ne vient pas incommoder la malade et son entourage. Ces tampons doivent être très serrés pour produire un effet utile ; ce sont surtout ceux qui distendent le cul-de-sac postérieur qui doivent présenter ce caractère. Néanmoins, la pression ne doit jamais être telle qu'elle puisse déterminer une douleur persistante. »

TECHNIQUE DE M. JUDE HUE. — On prend les précautions antiseptiques nécessaires. On met la malade dans la position de Sims ou latéro-abdominale. Au lieu d'introduire plusieurs tampons glycérinés, on emploie un seul tampon dont la forme allongée permet de l'enrouler au tour du col lorsqu'il n'y a pas de déviation utérine. Dans le cas où il existe une déviation, on place le tampon de façon à la corriger et, s'il y a un point douloureux, on met le tampon en contact avec ce point. On bourre ensuite le vagin avec un

énorme tampon de coton hydrophile antiseptique de façon à distendre le vagin. On associe souvent à ce traitement les cautérisations intra-cervicales avec une solution de nitrate d'argent.

TECHNIQUE DE M. FRANÇOIS HUE. — La columnisation consiste à introduire dans le vagin quatre tampons glycerinés ; les trois premiers petits, de la grosseur d'un abricot, sont placés, le premier dans le cul-de-sac postérieur, les deux autres dans les culs-de-sac latéraux de façon à bien entourer le col, tandis que le quatrième, beaucoup plus volumineux, obstrue le vagin.

On ajoute à ce pansement l'écouvillonnage de l'utérus, à l'aide d'un simple écouvillon, fabriqué au moment de s'en servir. Ces écouvillons sont tout simplement des bâtonnets flexibles recouverts, sur une dizaine de centimètres, d'une couche de coton absorbant. On porte ainsi facilement dans l'utérus le caustique que l'on veut employer et ici c'est une solution de glycérine créosotée titrée au tiers.

Ces écouvillons ont l'avantage de servir à dilater le col de l'utérus et de permettre la dilatation progressive puisqu'on peut augmenter leur volume à volonté.

TECHNIQUE DE M. BRUNON : *Avant le pansement.* —
a) La malade fait elle-même une irrigation vaginale dans le décubitus dorsal, le bassin élevé, avec deux litres d'une solution modérément chaude de bichlorure de mercure à 25 centigrammes par litre.

Pour faire le pansement. — **b)** Employer un spéculum à trois valves, soigneusement stérilisé.

La femme étant dans la position obstétricale, verser dans le spéculum une certaine quantité d'une solution de permanganate de potasse au millième. Ecouvillonner les culs-de-sac avec soin. Dessécher ensuite le vagin avec du coton hydrophile sec antiseptique.

c) Recouvrir la muqueuse du vagin et saupoudrer les culs-de-sac avec de la poudre d'iodothymol.

d) Placer d'abord trois tampons : un dans le cul-de-sac postérieur et un dans chaque cul-de-sac latéral ; laisser libre le cul-de-sac antérieur.

Le coton servant à la confection des tampons est bichloruré et imprégné largement de glycérine bichlorurée au millième.

Après le pansement. — **e)** La malade demeure couchée une heure, après les premiers pansements.

f) Les pansements restent d'abord en place pendant deux jours, puis quatre jours, puis six jours, s'il n'y a pas de fétidité.

g) Chaque semaine on augmentera le nombre et le volume des tampons.

Les premiers tampons ont le volume d'une noix et sont au nombre de trois ou quatre. Dès la deuxième semaine, on peut généralement introduire et placer six à huit tampons. Peu après leur volume atteint celui d'un abricot et leur nombre atteint douze et quatorze. On doit toujours avoir soin de ménager l'urèthre.

h) Il faut prévenir la malade que le pansement produira un écoulement considérable et que le traitement durera trois mois.

k) Les premiers tampons peuvent être assez mal fixés et descendre vers la vulve ; il en résulte une douleur extrêmement vive empêchant la malade de s'asseoir. Elle doit être avertie que dans ce cas les cordons fixés aux tampons lui serviront à les enlever.

M. Brunon insiste sur la nécessité du traitement général appliqué en même temps que le traitement local : Bains salés. Repos. Traitement de la dyspepsie concomitante. Extrait de quinquina. Cure d'air. Bains de mer après les trois mois de tamponnement.



CRITIQUE DES PROCÉDÉS

La position gènu-pectorale, que Taliaferro fait prendre à ses malades, présente des avantages. Elle permet aux regards et aux instruments de pénétrer très loin vers la région antérieure du vagin, et elle favorise l'inclinaison de l'utérus en haut et en avant en supprimant la pression intra-abdominale par l'abaissement des viscères. Mais les femmes se soumettent difficilement à cette position que les moins pudiques considèrent comme indécente. Aussi conseillerons-nous de réserver cette position pour les cas où elle est absolument indispensable.

Nous avons signalé les inconvénients de la glycérine phéniquée, nous n'y reviendrons pas.

M. Auvard verse de la glycérine dans le vagin pour y introduire ensuite des tampons secs. Il nous semble préférable d'imbiber d'abord les tampons; ils seront plus sûrement pénétrés par la glycérine. M. Auvard n'ajoute à la glycérine aucun antiseptique, disant que l'odeur amenée par le séjour des tampons n'est pas un inconvénient au point de vue de la santé de la malade. Nous estimons qu'il est toujours prudent d'éviter les fermentations dans le vagin, surtout lorsqu'il est en contact avec un utérus congestionné.

Nous nous permettrons encore quelques critiques sur les procédés de MM. Jude Hue et François Hue.

La position de Sims ou le décubitus latéro-abdominal ménage mieux la pudeur des femmes que la position genu-pectorale. Cette position rend l'examen facile et permet également le basculement en avant de l'utérus, le poids des viscères se trouvant reporté en avant; mais elle a l'inconvénient d'exiger l'intervention d'un aide pour maintenir la cuisse et la valve de Sims.

Enfin ce procédé qui consiste à introduire un seul tampon et à l'enrouler autour du col paraît moins facile à exécuter que celui où l'on place successivement plusieurs tampons qui, d'ailleurs, maintiennent mieux l'utérus fixé.

Ajoutons à cela, comme dans le procédé de M. François Hue, la nécessité d'une intervention intra-utérine qui souvent est douloureuse et oblige à faire la

dilatation avec une tige de laminaire, lorsque l'orifice interne du col ne se laisse pas distendre par l'écouvillon destiné à porter le caustique dans la cavité utérine.

Ces quelques considérations sur les différentes techniques de la columnisation nous ont permis de penser que la plus simple, la plus facile à mettre en pratique, était sans conteste le procédé que nous avons employé avec M. Brunon et qui ne diffère que par quelques point de détails du procédé lyonnais.

Si nous n'avons eu qu'à nous louer de sa simplicité, nous n'avons pas moins été surpris des résultats obtenus. Si ces résultats ne sont pas toujours durables, il n'en est pas moins vrai que ce traitement apporte un soulagement temporaire remarquable.





CHAPITRE III



Résultats.



Dans les affections pelviennes, nous avons à noter des accidents d'ordre local et d'ordre général.

On connaît les douleurs abdominales et lombaires dont se plaignent les malades. Les hémorrhagies auxquelles elles sont exposées. Les écoulements muco-purulents qui font place aux pertes sanguines. Enfin dominant la scène, un état général très profondément altéré, qui fait bientôt de la malade une névropathe à forme hypochondriaque. Le caractère devient inégal, difficile, on observe des troubles nerveux bizarres, des douleurs vagues, mal définies et une véritable tendance à l'hystérie chez les sujets prédisposés (1).

(1) G. Guinon. Les agents provocateurs de l'hystérie. Thèse de Paris, 1889, p. 284.

Tous ces symptômes reconnaissent une seule origine : la lésion des organes génitaux. C'est donc en modifiant l'état de ces organes que nous agissons sur l'organisme entier.

Cependant nous ne devons pas oublier qu'il est nécessaire d'appliquer un traitement général approprié.

Quelles sont les modifications des organes génitaux ?

Si l'on emploie la columnisation dans les cas de prolapsus, on comprend facilement que ce traitement donne de bons résultats. On pourrait nous objecter que le pessaire agirait de même en servant de support aux organes prolabés. Cela est certain, mais les pessaires ne peuvent pas toujours être supportés chez certaines malades. D'ailleurs, si nous consultons à ce sujet la thèse de M. Quincieu, nous voyons qu'il rapporte l'observation d'une femme atteinte de rétro-déviation utérine, l'utérus étant maintenu dans cette position par des adhérences et les ligaments utéro-sacrés rétractés et douloureux. Le moindre mouvement qu'on imprimait à l'utérus était douloureux. On fit la columnisation à cette malade pendant douze jours et elle put alors seulement partir avec un pessaire qui a été très bien supporté.

Comment expliquer que la columnisation, « ce glycéropessaire » comme on pourrait l'appeler, soit supportée quand un pessaire ordinaire ne l'est pas ? Parce que la pression dans la columnisation s'exerce sur plusieurs points, tandis que la pression des pessaires employés

habituellement se fait sur un seul point. C'est un phénomène analogue à celui qui se passe lorsqu'on met un matelas d'eau à un malade à qui le séjour au lit devenait insupportable. La pression ne se fait plus sur quelques points du corps où l'on observe des escharres, elle s'exerce régulièrement à la surface de tout le corps. Non seulement cette pression de la columnisation est bien supportée, mais elle a encore un effet curatif.

En soulevant l'utérus mécaniquement, en soulageant les ligaments du poids qu'ils supportent, on diminue la stase veineuse due à la déclivité de l'organe et on ralentit l'accès du sang artériel par la compression excentrique exercée sur les organes. La pression combat donc ainsi la congestion et l'inflammation, mettant les tissus dans un état favorable à la résorption des exsudats et à la cessation des réflexes pathologiques.

Un des bons effets de la columnisation est encore de faire en quelque sorte un massage continu.

L'école de Lyon proposait le massage associé à la columnisation; nous nous contenterons de la pression qu'exercent les tampons glycélinés, nous souvenant que le docteur Pozzi dit du massage : « Il se pratique à l'aide de deux ou trois doigts introduits dans le vagin ou dans le rectum soulevant la face postérieure de l'utérus, tandis que l'autre main appuyée sur le pubis exerce des pressions douces et progressives de manière à opérer une sorte de pétrissage. Malgré la vogue dont ce moyen jouit en Suède, j'ai pour ma part hésité jusqu'ici à me servir de cette arme à double

tranchant qui peut si facilement réveiller des accidents aigus, au niveau de l'utérus ou dans son voisinage. »

Nous n'avons pas que cette pression bienfaisante pour décongestionner les organes malades ; nous avons aussi l'action propre de la glycérine et, comme l'a bien dit le docteur Quincieu, sans la glycérine la columnisation n'existerait pas (1).

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont constaté ce que nous avons observé sur nos malades.

La glycérine très avide d'eau fait sécréter très abondamment les glandes utérines et vaginales et produit une sorte de saignée blanche. L'hypersécrétion est telle que la malade doit se garnir comme si elle avait ses règles et devra être prévenue de cet écoulement abondant, parce qu'alors même qu'elle serait soulagée, elle ne manquerait pas d'être effrayée. On pourrait peut-être même comparer ce lavage des glandes et de l'utérus par l'hypersécrétion à l'effet que peuvent produire les diurétiques dans la blennorrhagie. Sans faire d'hypothèse, on peut dire que cette décongestion doit être bien supérieure à celle produite par les scarifications, puisque Sims nous apprend que la propriété hydragogue de la glycérine est telle qu'en deux jours de columnisation les malades perdent une quantité de sérosité égale à la quantité de sang qu'elles perdent pendant une période menstruelle.

(1) Quincieu. Loc. cit., p. 31.

Ce soutien des organes, cette décongestion ont pour résultat de faire cesser les douleurs et de permettre la marche (Obs. I).

Un tel soulagement chez des malades qui ont épuisé tout l'arsenal des moyens habituels ne tarde pas à faire renaître en elles un peu d'espoir. Désespérées de se voir condamnées au repos absolu, sans obtenir souvent un soulagement appréciable, on comprend que ces malades deviennent névropathes et qu'elles présentent des accidents variés. Mais dès que l'espoir revient, les accidents disparaissent : plus de nervosisme, plus de reflexes douloureux ni du côté de l'estomac ni du côté du cœur.

La marche venant favoriser le bon fonctionnement de tous les organes on voit les digestions redevenir régulières et comme conséquence, le poids de la malade augmenter.

Malgré tous les traitements, il y a assez souvent un obstacle à la guérison, c'est le coït. En admettant que les recommandations du médecin soient fidèlement observées par la malade que la peur de souffrir rendrait volontiers docile aux conseils donnés, il y a quelquefois le mari qui, lui, n'ayant pas la crainte de la douleur, entraînera facilement sa femme à la désobéissance. Si le traumatisme est quelquefois la cause déterminante, ce qui avait fait croire à l'existence d'une métrite balistique, le coït est très certainement le traumatisme qui retarde la guérison. Une femme soucieuse de sa santé qui voudrait mettre un terme aux désirs de son mari trouvera dans la colomnisation un excellent moyen

de persuasion. Le docteur Quincieu rapporte à ce sujet le fait suivant (1) :

Une de nos malades, honnête mère de famille, allant bien depuis plusieurs mois, revient un jour nous trouver, réclamant à toute force une columnisation nouvelle. Etonné de cette insistance bizarre, qu'aucun phénomène objectif ne pouvait justifier, nous refusons bien entendu de pratiquer l'opération, puisque rien ne l'indiquait en ce moment. La femme nous explique alors que son mari la fatigue et qu'il entend difficilement raison. Elle sent, dit-elle, que si elle n'a pas une trêve de quelques jours son état, qui est assez satisfaisant, va s'aggraver de nouveau, et c'est pour cette raison qu'elle supplie qu'on lui mette des tampons, lesquels d'ailleurs l'avaient complètement soulagée quelque temps auparavant. »

Nous avons indiqué les résultats qu'on peut attendre de la columnisation ; étudions les affections dans lesquelles on pourra appliquer ce traitement.

(1) *Quincieu*. Loc. cit., p. 39.





CHAPITRE IV



INDICATIONS



La columnisation trouvera de nombreuses applications puisqu'on pourra l'employer chaque fois qu'il y aura congestion, déviations, adhérences et douleurs du côté des organes génitaux.

Nous passerons donc en revue les résultats obtenus dans les métrites chroniques, les hémorragies utérines, les paramétrites, les déviations adhérentes et douloureuses.

Jusqu'à ce jour quels ont été les traitements pour toutes ces lésions.

Avant l'antisepsie on se contentait de traiter les lésions visibles de l'utérus, c'est-à-dire de cautériser des ulcérations qui souvent même n'existaient pas et n'étaient que de l'ectropion de la muqueuse du col. Le

caustique employé était le crayon de nitrate d'argent qui n'avait guère pour résultat que d'amener de l'atésie du col, ou bien encore, comme l'écrit M. Cerné (1) :

« Son action, relativement intense, fait desquamier cette muqueuse enflammée qui vient absorber les matières septiques du vagin mal nettoyé ; on peut s'étonner que sa nocuité ne soit pas plus constante. »

Quant aux lésions des annexes on ne s'en occupait pas.

On avait bien tenté le curettage inventé par Récamier, en 1846, mais malgré ses défenseurs, Lisfranc, Malgaigne, Maisonneuve, Nélaton, Gosselin et Follin-Richet, la septicémie empêcha de pratiquer couramment cette opération,

A la Société de chirurgie, en 1886, MM. Richelot, Bouilly, Trélat, Terrillon, Terrier, Routier apportaient des arguments en faveur du curettage.

Malgré ces discussions nombreuses nous nous permettrons quelques réflexions sur ce traitement.

Nous ne critiquerons pas le curettage en lui-même, nous critiquerons l'abus qu'on en fait et nous rappellerons à ceux qui ne font cette opération que par exception, quels sont les accidents qu'ils pourraient rencontrer.

Nous mentionnerons d'abord la perforation de l'utérus qui a été notée assez fréquemment. Les poussées de

(1) *Normandie médical*, 1^{er} août 1894.

pelvi-péritonite, qui surviennent quand on fait le curettage au cours de cellulite pelvienne ancienne, ou bien la recrudescence des lésions lorsqu'il existe de la salpingite. En un mot, quand l'utérus n'est pas abaissable, qu'il est retenu par des adhérences, il faut éviter le curettage, car en mobilisant l'utérus, on pourrait provoquer de nouvelles poussées de pelvi-péritonite. Que resterait-il à faire au médecin dans ce cas : une hystérectomie vaginale.

On voit déjà que le curettage est moins fréquemment indiqué qu'on ne le pense, si on s'abstient de le faire dans le cas de pelvi-péritonite ancienne, dans le cas de salpingite, où il peut être le traumatisme qui réveille une poussée aiguë. Ajoutons encore que bien souvent les praticiens qui font un curettage, je n'entends pas parler ici de ceux qui font journellement cette opération, je m'adresse à ceux qui ne manient que rarement dans leur clientèle le bistouri ou la curette, ceux-là se trouvent dans une alternative bien gênante : ne pas curetter assez ou curetter trop. Nous avons éprouvé cette impression, lorsque étant interne à Rouen, nous fîmes nos premiers curettages. Nous sommes convaincus que ceux qui ne font qu'exceptionnellement cette opération, nuisent plus à leurs malades qu'ils ne leur servent. Ils se contentent de faire saigner la muqueuse utérine et infectent de nouveau la malade parce qu'ils n'ont presque rien enlevé de la muqueuse pathologique.

Il y a deux façons de curetter trop : ou bien perforer l'utérus ou bien attaquer la tunique musculaire « qui,

en se cicatrisant, entraînera presque toujours une atésie de l'organe et souvent des douleurs tellement violentes et persistantes qu'elles nécessiteront l'hystérectomie (1). (Obs. de M. Perier.

Si nous disons encore que le curettage nécessite le chloroforme et le concours d'au moins deux aides expérimentés, on comprendra qu'il ne soit pas un moyen de traitement pratique pour un médecin de campagne.

Enfin, très souvent, la malade ne veut pas se résigner à subir un curettage, Il faut, malgré tout, avoir recours à un traitement médical.

Ce n'est pas tout ce qu'on peut reprocher au curettage : on peut lui reprocher de ne pas toujours guérir. Non seulement, on ne doit pas le pratiquer lorsqu'il y a des lésions des trompes (2), mais même dans l'endométrite glandulaire du col, puisqu'il ne paraît pas donner de bons résultats, comme le dit M. Bouilly (3) : « La lésion atteint dans ce cas les innombrables glandes du col, se cantonne dans les culs-de-sac glandulaires profondément situés dans la muqueuse et le tissu musculaire. Ces culs-de-sac sont inaccessibles à l'acte de la curette, qui ne fait qu'a-

(1) *Fort.* Thèse de Paris, 1894.

(2) *Desprésaux, Bonneau, Demoulins.* Thèses de Paris.

(3) *Bouilly.* Bulletin et Mém. de la Société de chirurgie de Paris, 1890.

border les conduits excréteurs et ils demeurent infectés. Très peu de temps après l'intervention, dans les semaines qui suivent, le catarrhe se reproduit avec ses mêmes caractères. » Il y a bien la herse de Doléris, mais voilà ce qu'en dit M. Pozzi : « Je crois ce procédé très infidèle et inférieur à l'amputation de Schröder (1). M. Rausguins (2) dit : « Nous pensons, avec M. Bonnaire, que le curettage seul ne donne pas toujours les résultats espérés. Si parfait qu'il soit, il ne parvient pas toujours à enlever tous les tissus malades. Les glandes enflammées ne restent pas contenues dans l'épaisseur de la muqueuse ; elles pénètrent plus profondément dans le tissu musculaire et, comme ce dernier, résistent à l'action de la curette ; il reste encore, après le raclage de la cavité utérine, des culs-de-sac glandulaires atteints par l'inflammation. » L'auteur ajoute : « Nous savons encore que pour enlever les dernières cellules malades, ou pour les détruire, on fait souvent, suivant la méthode de Doléris, le nettoyage avec des écouvillons plus ou moins durs chargés de substances antiseptiques, comme le sublimé, ou caustiques, comme la glycérine créosotée. Mais est-on sûr, après cette manœuvre pratiquée une seule fois, de ne laisser dans la matrice aucune colonie microbienne capable de créer un nouveau foyer d'infection? »

Alors, on propose tout simplement la dilatation et le

(1) Pozzi. Traité de gynécologie, p. 227. Edit. 1892.

(2) Rausguins. Thèse de Paris.

tubage de l'utérus. Ce tubage est quelquefois difficile à réaliser, parce que l'utérus est animé de contractions assez violentes pour accoucher du tube que l'on trouve dans le vagin au moment du pansement ou même qui sort complètement du canal génital au moment où la femme fait un effort pour aller à la garde-robe. Nous ne connaissons pas de procédé satisfaisant pour maintenir avec certitude le drain dans la matrice. M. Bonnaire l'a suturé et a vu le col se déchirer sous les efforts de contraction expulsant le drain.

Le drainage est aussi très souvent douloureux par les contractions qu'il provoque. Enfin, il n'est pas bon de faire contracter un utérus dans le cas où les trompes obstruées sont remplies de pus et, dans ce cas, une erreur de diagnostic serait grave.

En dehors de la métrite chronique parenchymateuse, quelles sont les lésions que nous voulons améliorer par la columnisation : les hémorrhagies dues à la métrite, les salpingites parenchymateuses, les douleurs dues aux lésions des ovaires.

Contre les hémorrhagies, nous avons toujours le curettage, et si nous consultons la thèse de M. Debled, nous y lisons que dans la métrite hémorrhagique le curettage triomphe, « car il guérit souvent une maladie anémiant au premier chef » ; il ajoute : « Malheureusement, les récidives sont fréquentes et on doit curetter de nouveau » (1).

(1) *Debled Paul*. Contribution à l'étude du curettage. Thèse de Paris, 1894.

Nous allons publier trois observations où notre méthode n'a pas moins bien réussi que le curettage et nous concluons de ces trois observations que si les hémorrhagies reparaissent, nous ferons de nouveau la columnisation.

Pour les lésions des annexes, que fait-on? Trop souvent on enlève ces annexes. Nous croyons qu'il faudrait essayer un traitement médical qui ne présente même pas les inconvénients de la dilatation de l'utérus, puisqu'il n'est pas douloureux et ne peut jamais être le point de départ d'accidents graves.

Ce traitement ne s'applique pas à tous les cas, il en est où il ne faut pas l'employer. On s'en abstiendra dans les lésions suppurées parce qu'il est très douloureux, mais dans ce cas il servira peut-être à préciser le diagnostic, car chaque fois que la columnisation bien faite ne pourra être supportée, il faudra penser à l'existence de pus soit dans les trompes, soit dans des poches autour de l'utérus, comme l'a dit M. Condamin, cité par Dervich (1). Ce traitement est donc contre-indiqué dans les lésions suppurées et aussi dans les inflammations aiguës.

Nous ne savons pas encore s'il est incompatible avec l'existence d'une grossesse. Nous ne le pensons pas puisque M. Quincieu (2) a observé une malade chez laquelle il n'a pas empêché d'évoluer une grossesse au début.

(1) *Dervich*, Loc. cit., p. 26.

(2) *Quincieu*, Loc. cit., p. 58.

Nous n'oserions pas avancer que dans tous les cas où il est indiqué, ce traitement guérisse. Nous ne dirions pas comme M. Quincieu : « Dans le cas où les malades seraient souvent reprises d'accidents pourquoi ne se maintiendraient-elles pas en bon état en faisant d'année en année un traitement de quelque temps. »

Nous estimons que dans le cas où il y aurait récurrence fréquente on devrait envoyer sa malade à un chirurgien pour qu'il fasse une opération radicale.

La columnisation reste néanmoins un traitement simple qui n'a d'inconvénient que celui de ne pas guérir radicalement. Mais on ne peut pas trop demander à un procédé qui ne fait courir aucun risque à la malade.

Nous allons voir, en publiant les observations, quels services ce pansement peut rendre au médecin qui ne peut faire que de la gynécologie médicale.



OBSERVATION I

Douglassite. Rétroflexion avec adhérences, columnisation, puis massage. Disparition immédiate des douleurs. (Quincieu, thèse de Lyon, 1895.)

Elisa G..., 19 ans, repasseuse, réglée à 13 ans régulièrement, perd pendant 3 jours. Leucorrhée légère mais constante depuis plusieurs années, accouchement prématuré, il y a un an, à la fin du sixième mois.

La malade est apportée à la clinique le 17 juin 1895.

Les douleurs ont commencé brusquement, il y a 13 jours, vers le 4 juin. Elle a été soignée en ville par un médecin qui a prescrit les révulsifs sur la paroi abdominale, les lavements chauds, l'antipyrine et le sirop de morphine à l'intérieur. Mais son état ne faisant que s'aggraver elle se décide à venir à l'hôpital. Elle éprouve des douleurs extrêmement violentes dans les deux fosses iliaques. Ces douleurs toutefois n'irradient que très peu dans la région lombaire; elles sont si violentes que depuis le début de sa maladie la patiente n'a pu faire un mouvement hors de son lit. Elle vient dans cet état à la Charité. On l'amène en voiture jusqu'à la porte de l'hospice et sur un brancard depuis la porte jusqu'à la salle située au premier étage. Après deux heures de repos, M. Jeannin, interne du service, l'examine dans la salle d'opérations. On est obligé pour cela de descendre la malade par l'ascenseur. Le moindre mouvement est excessivement pénible. M. Jeannin constate que l'utérus, en rétroflexion, est adhérent et que le

col est coudé très fortement au niveau de l'isthme. Dans la cul-de sac de Douglas très induré; presque nul, extrêmement douloureux au toucher, il perçoit des brides et des adhérences très fortes maintenant l'utérus dans sa mauvaise position. Il pratique sur-le-champ une columnisation.

Aussitôt la malade est soulagée; elle descend toute seule de la table d'opération, remonte sans aucun aide, dans la salle en passant par l'escalier de service. Toutes ses douleurs ont disparu comme par enchantement. Elle se sent tellement bien qu'elle demande aussitôt à quitter l'hôpital, ce qui ne lui est accordé que le lendemain matin après dix-huit heures de séjour.

C'est à ce moment que nous la voyons.

Le 25 juin la patiente revient pour faire renouveler son tamponnement. L'amélioration des premiers instants a persisté; elle va tout à fait bien, mais au toucher on constate que la rétrodéviatiou est encore irréductible et le douglas encore induré.

Du 25 juin au 10 juillet, la malade subit cinq séances de columnisation et en même temps plusieurs séances de massage. A ce moment, bien que la rétroflexion persiste encore, le douglas est plus souple, les brides se perçoivent mieux au toucher et les manœuvres gynécologiques se font toujours sans douleur. La malade nous dit qu'elle reprendra son travail le lendemain.

Du 10 au 22 juillet la malade a travaillé régulièrement à son métier de repasseuse. Les columnisations ont été renouvelées encore quatre fois et nous avons fait trois séances de massage.

L'utérus est à peu près réductible, nous pratiquerons la réduction dans peu de jours.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le D^r Brunon.)

Salpingite droite parenchymateuse.

M^{me} X., 22 ans.

Réglée à 13 ans 1/2. Régulièrement.

Pas de maladie antérieure.

A eu une grossesse à terme il y a 2 ans.

Fausse-couche il y a 6 mois. Depuis règles régulières, mais douleurs lombaires. Impossibilité absolue d'aller en voiture. Marche très pénible. Amaigrissement. Insomnie. Mélancolie.

Au toucher. — Utérus et col normaux.

Cul-de-sac gauche libre.

Cul-de-sac droit. On sent la trompe et l'ovaire augmentés un peu de volume et douloureux à la pression.

3 décembre. Traitement par la columnisation. Dès le premier jour la malade a pu dormir la nuit. On avait mis trois tampons.

3 janvier. L'amélioration nette commence. Plus de douleur à la pression dans le cul-de-sac gauche.

La malade supporte huit tampons sans aucune gêne.

L'appétit revient. Le sommeil est très bon.

Janvier, 2^e semaine. On introduit douze tampons.

Plus de douleur à la pression. On sent à peine la trompe par le toucher bi-manuel.

La malade peut aller en voiture.

La marche est facile.

L'état général est bon. Augmentation de poids.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le D^r Brunon.)

Salpingite droite parenchymateuse.

M^me X... âgée de 40 ans.

Réglée à 13 ans, régulièrement.

Mariée il y a 8 ans.

N'a jamais eu de grossesse.

Quelque temps après le mariage, pertes blanches abondantes, cédant aux injections.

Depuis six mois au moins, leucorrhée abondante. Douleurs lombaires gênant la marche.

Dyspepsie.

Toucher bi-manuel. Douleur vive au niveau du cul-de-sac droit. Empatement.

Utérus volumineux. Col long.

Au speculum. Rien de particulier.

25 novembre 1895. 1^{er} pansement : Trois tampons sont difficilement supportés.

29 novembre. 2^e pansement : Quatre tampons bien supportés. Dès ce deuxième tamponnement la marche est possible.

Actuellement huit tampons très serrés, plus de douleurs.

Bon état général.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le D^r Brunon.)

Douglassite.

M^{me} X... 32 ans.

Réglée à 14 ans. Régulièrement, sans douleurs.

A eu deux accouchements à terme. Depuis le dernier accouchement, il y a 4 ans, douleurs lombo-abdominales avec irradiations vers le thorax et la racine des cuisses.

Règles douloureuses.

Leucorrhée très abondante, empesant et tachant le linge en jaune.

Douleur très intense pendant la marche. Bon état général ; cependant dyspepsie et palpitations cardiaques.

Toucher. — Utérus volumineux, un peu en rétroversion et adhérent.

Cul-de-sac postérieur douloureux et empâté. Douleur lorsqu'on mobilise l'utérus.

Culs-de-sac latéraux : Un peu douloureux. on ne peut sentir nettement ni les trompes, ni les ovaires.

Traitement du 15 mars au 20 mai. Pansement tous les trois jours.

Au 4^e pansement, la marche est possible sans douleur.

On introduit jusqu'à 11 tampons.

20 mai 1894. Résultat excellent. L'utérus peut être mobilisé sans douleur. Plus d'empâtement douloureux dans le cul-de-sac postérieur.

« Jamais la malade ne s'est sentie aussi légère depuis 4 ans. »

OBSERVATION V.

(Due à l'obligeance de M. le D^r Brunon).

Pelvi-péritonite ancienne.

M^{me} X..., 22 ans.

Réglée à 14 ans, irrégulièrement. Menstrues peu abondantes, non douloureuses.

Un accouchement à terme, il y a trois ans, suites de couches avec fièvre.

Se croit tuberculeuse. Attire l'attention du côté de son estomac, se plaint de troubles dyspeptiques, pas d'appétit.

Leucorrhée abondante. Douleur dans le ventre.

Au toucher, utérus immobile.

Culs-de-sac très douloureux et empâtés.

Au spéculum, rien de particulier.

Du 1^{er} octobre au 29 décembre, traitement médical général et traitement par la columnisation.

Suppression de la leucorrhée et des douleurs. Culs-de sac plus souples.

Retour de l'appétit. Augmentation de poids de 4 kilogr.

Plus d'idées mélancoliques. Suppression des idées de tuberculose.

OBSERVATION VI.

(Due à l'obligeance de M. le D^r Brunon).

Rétroversion adhérente.

M^{me} X..., âgée de 32 ans.

Réglée à 15 ans. Toujours régulièrement. Pas de grossesse.

Janv. 94. Poussée subite de pelvi-péritonite avec fièvre, vomissements, facies grippé.

Toucher très difficile à cause des douleurs qu'il provoque.

Refus de la malade de tout traitement actif.

Repos et injections.

Juillet et octobre 94. Retour des mêmes accidents avec séjour de 5 semaines au lit.

Mars 95. Utérus énorme, en rétroversion. Immobilisé dans cette position, par des adhérences nombreuses.

Rien aux annexes.

Mauvais état général : nervosisme, neurasthénie, dyspepsie.

Columnisation pendant six semaines.

Localement : Redressement de l'utérus qui est moins volumineux, mobilité relative.

Bon état général. La malade engraisse. Plus de neurasthénie, plus d'accidents dyspeptiques.

OBSERVATION VII (résumée).

Salpingo-ovarite parenchymateuse chronique (d'Hotman de Villiers. *Archives de tocologie et de gynécologie*, août 1894).

M^{lle} B..., jeune fille de 19 ans. vierge.

Rougeole dans sa première enfance.

Variole à 12 ans.

Réglée à 14 ans.

Tempérament pléthorique. Bonne santé. N'a jamais eu de pertes blanches. Menstrues régulières et abondantes avec quelques légères douleurs, de peu de durée.

Il y a un an, juillet 1893, arrêt des règles à la suite d'une grande frayeur. Ventre douloureux.

Pendant 3 ou 4 jours, douleurs intolérables, disparaissant à la suite d'une légère perte qui dura 2 jours.

Au mois d'octobre dernier, démangeaisons à la vulve ; consulte à un hôpital.

Un stagiaire, sans avoir essayé de pratiquer le toucher vaginal, introduisit en déprimant l'orifice vulvo-vaginal, un hystéromètre dans la cavité utérine.

Cet examen fut très douloureux ; « non pas à l'entrée mais au fond. »

Le soir douleur dans tout le ventre.

Les quatre jours suivants, perte d'un liquide sanguinolent, puis pertes blanches abondantes.

Mictions douloureuses.

Douleurs vers la fosse iliaque.

Au bout de huit jours obligée de garder le lit. Douleurs à gauche avec irradiations dans les reins et les cuisses.

Cet état dura cinq mois, avec alternatives de mieux et de recrudescence.

Traitement. — Cataplasmes, injections vaginales chaudes au sublimé.

La malade entre à l'Hôtel-Dieu en avril 1894.

A l'entrée ; ventre souple, palpation et pression douloureuse vers la fosse iliaque gauche. Vulve normale. Hymen ovalaire, intact, permet l'introduction de l'index.

Au toucher avec palper. On sent un petit utérus en antéversion et mobile. Col petit et conique. Annexes du côté droit normales.

A gauche on sent tout à fait en arrière dans le cul-de-sac de Douglas un ovaire gros, lisse et très douloureux au toucher ; en outre on sent une trompe uniforme et grosse comme le petit doigt. Cette trompe que l'on peut suivre sur toute son étendue est adhérente à l'ovaire, mais ces organes ne pa-

raissent pas avoir contracté des adhérences de voisinage. L'examen difficile à pratiquer, tant à cause de l'étroitesse vulvo-vaginale qu'à cause de la douleur, permet cependant de faire le diagnostic de salpingo-ovarite parenchymateuse chronique.

Traitée pendant son séjour à l'hôpital (du mois d'avril au mois de mai) par le repos, de grandes injections au sublimé, par l'introduction dans le vagin de petites mèches de gaze iodoformée, par des révulsifs, on n'obtient aucune amélioration notable. La malade quitte l'hôpital. Vient à la clinique du docteur d'Hotman. On introduit un speculum bivalve avec peine qui permet de voir un col rouge présentant un petit orifice par lequel sortait un liquide épais, filant, ambré.

On décide d'appliquer de la glycérine dans la cavité vaginale et d'obstruer le vagin avec des tampons de ouate hydrophile qu'on retirerait après 48 heures de séjour.

A l'aide de tout petits tampons on arrive à faire ce tamponnement. Commencé le 10 juin tous les deux jours. Au bout de la quatrième fois : amélioration.

Au sixième pansement on constate que l'ovaire et la trompe ont diminué ; 16 jours après l'ovaire et la trompe paraissent normaux.

Aujourd'hui plus de douleurs ; par le toucher combiné au palper on sent à peine les organes.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Brunon.)

Métrite chronique.

M^{me} X..., 35 ans.

Réglée à 14 ans. Régulièrement. Bonne santé habituelle.

En 1890. Mariage, trois mois après cystite extrêmement douloureuse.

1891. Première grossesse à terme. Suites de couches avec fièvre. Douleurs lombo abdominales et leucorrhée.

Rhumatisme peut-être blennorrhagique obligeant la malade à garder le lit pendant cinq semaines.

1893. Deuxième grossesse à terme. Accidents de suites de couches, fièvre.

1894. Troisième grossesse à terme, pas de fièvre après l'accouchement.

1894. Quelque temps après l'accouchement à terme, avortement à deux mois suivi d'hémorrhagie inquiétante.

Depuis douleurs abdominales. Pertes muco-purulentes. Marche très difficile à cause des douleurs; la malade marche courbée en deux.

Mélancolie. Amaigrissement considérable.

15 mars 1895. *Toucher*. — Utérus volumineux douloureux, cul-de-sac droit douloureux, pas de tumeur.

Examen au spéculum. — Col volumineux, plusieurs déchirures, muqueuse en ectropion, liquide muco-purulent sortant du col, très adhérent.

Traitement. — Columnisation.

20 mai. Utérus très amélioré, mobilisable sans provoquer de douleurs. Cul-de-sac droit encore un peu douloureux.

Amélioration remarquable de l'état général.

15 juin. Cessation du traitement.

Plus de douleurs au toucher, ni pendant la marche.

Plus de mélancolie. La malade augmente de poids.

Guérison complète après deux mois de bains de mer.

Actuellement. Janvier 1895. Etat aussi bon que possible.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le D^r Brunon.)

Mérite chronique.

M^{me} X..., 41 ans. Femme robuste, bonne santé habituelle.

Réglée à 15 ans. Régulièrement. Durée des menstrues 4 jours.

A eu 4 enfants à terme.

Repos de cinq jours au plus après ses accouchements.

Depuis deux ans, six mois après le dernier accouchement, ménorrhagie durant 8 jours avec douleurs lombaires et empêchant la malade de travailler pendant deux semaines. Sensation de pesanteur. Pertes blanches très abondantes.

Toucher. — Utérus augmenté de volume. Col très gros, avec déchirure. Culs-de-sac normaux.

Examen au spéculum. — Col volumineux, déchirure à gauche. Ectropion de la muqueuse. Liquide muco-purulent s'échappant du col.

Traitement par columnisation. Pansement tous les trois jours au début.

22 octobre. Premier pansement, trois tampons.

25 octobre. Amélioration, pas de douleurs, plus de sensation de pesanteur.

10 novembre. Les premières règles n'ont duré que 4 jours, au grand étonnement de la malade.

On continue le traitement jusque vers le 15 décembre.

Actuellement. Situation bonne; les hémorrhagies ne se sont pas reproduites. Il y a une leucorrhée insignifiante. Le col est normal, sauf cicatrice à gauche.

OBSERVATION X (personnelle).

Métrite chronique.

M^{lle} X..., âgée de 20 ans, se présente à la consultation de l'hospice général en juillet 1894.

Pas de maladie antérieure.

Réglée à 16 ans. Durée des menstrues 3 jours. Pas de grossesse.

Blennorrhagie il y a six mois, douleurs en urinant. Le traitement institué avait été des injections.

Plus de douleurs en urinant, mais écoulement assez abondant, la malade est obligée de se garnir, cet écoulement empêche le linge. Pesanteur dans le ventre. Douleurs dans les fosses iliaques.

Toucher. — Col volumineux.

Utérus volumineux, un peu douloureux.

Rien dans les culs de-sac.

Examen au spéculum :

Col volumineux, duquel s'échappe un liquide muco-purulent épais et adhérent.

Ulcérations très petites et nombreuses.

Columnisation.

Six pansements sont faits à trois jours d'intervalle.

Dès le deuxième plus de pesanteur.

Au 20^e jour plus d'écoulement, ni d'ulcérations. Plus de douleurs. Guérison.

OBSERVATION XI (personnelle).

Métrite chronique.

M^{me} C..., 32 ans. Bonne santé habituelle. Réglée à 12 ans régulièrement. Mère de deux enfants, dont l'aîné a 11 ans, le deuxième 9 ans.

Est accouchée d'une mole hydatiforme il y a six ans.

Après cet accouchement, douleurs lombaires et dans le bas-ventre. Céphalées, battements de cœur, diminution des forces et de l'appétit.

Les règles se rapprochent, et il y a trois ans, en 1891, apparition entre les règles d'un écoulement épais, empesant le linge.

Le médecin traitant ordonne des injections.

Le 27 octobre 1894, la malade se présente à nous, à la consultation de l'hospice général, pour la première fois, absolument anémiée.

La marche est très difficile. La malade marche courbée en deux, une main appuyée sur le côté gauche.

La malade a ses règles tous les 15 jours, qui durent 7 ou 8 jours. De sorte qu'elle est à peine 8 jours sans perdre. A l'écoulement de sang succède un écoulement muco-purulent.

Femme nerveuse, sans grands accidents.

Pas d'appétit, pas de sommeil.

Par le toucher, on sent un utérus volumineux, débordant la symphyse. Col très volumineux.

Salpingite parenchymateuse à gauche.

Examen au spéculum. — Col volumineux. Déchirure à gauche. Ulcérations nombreuses.

Le moindre attouchement fait saigner.

Le catéthérisme n'est pas possible, la malade étant trop indocile.

On parle d'intervention possible. La malade refuse. On lui propose alors d'essayer la columnisation.

1^{er} pansement le 29. Retiré le 2 novembre.

2^e pansement le 6.

Pendant l'intervalle des deux pansements, on donne des injections au permanganate de potasse 1/1000.

Il a été fait 32 pansements.

Sans entrer dans les détails, voici l'état de la malade :

A repris ses occupations. N'a jamais été obligée de garder le lit.

L'écoulement sanguin s'est peu à peu espacé.

La malade a ses règles régulièrement, qui ne durent plus que 4 jours.

Plus d'ulcérations du col.

Utérus moins volumineux. Trompe un peu diminuée de volume.

Ce qui frappe, c'est la disparition totale des douleurs, le retour de l'appétit et du sommeil.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance du D^r Brunon).

Métrite hémorrhagique.

M^{me} X..., âgée de 29 ans.

Réglée à 16 ans, très régulièrement.

Durée des menstrues : 3 jours.

A eu 6 enfants à terme.

Jamais d'accidents de suites de couches.

4 mois après le dernier accouchement, il y a six mois, pertes abondantes quotidiennes, pendant 11 jours. Ne cédant ni au repos, ni aux injections très chaudes. Pas de douleurs.

Toucher. — Utérus volumineux d'une multipare. Col assez gros. Culs-de-sac libres, pas douloureux. Columnisation. Suppression des pertes dès le premier pansement. 4 tampons. Repos. On continue les pansements jusqu'à ce qu'on en ait fait six. Le dernier avec 10 tampons. Les accidents n'ont pas reparu.

OBSERVATION XIII

(Mundé. *American Journal of obstetric*, 17 février 1887, p. 651.) *Métrorrhagies.*

Une femme mariée, âgée de 34 ans, a eu deux enfants à terme et ensuite un avortement à cinq mois. Après ce dernier accident, les menstrues devinrent plus abondantes et durèrent plus longtemps. Au bout de deux ans, la santé s'altéra par suite d'anémie grave. Les remèdes ordinaires furent employés sans succès.

Sur mes conseils, le médecin fit un curettage et badigeonna la cavité utérine avec la solution d'iode de Churchill. Des symptômes fébriles survinrent pendant une semaine. Momentanément il y eut une amélioration dans les hémorrhagies, mais trois mois après les hémorrhagies reparurent plus fortes et rarement la malade ne perdait pas.

Je décidai alors que je ferais de nouveau le curettage. Me souvenant de l'inflammation qui avait suivi le premier curettage, je bourrai le vagin pendant quelque temps comme moyen

prophylactique. La malade perdait du sang quand le premier pansement fut appliqué. Quand on le retira au bout de 48 heures, il n'y avait plus qu'une légère trace de sang sur les tampons qui étaient en rapport avec le col de l'utérus. Un autre tamponnement plus volumineux que le premier fut placé, refoulant l'utérus aussi haut que possible dans le bassin. On renouvela ce pansement deux jours après et on ne trouva aucune trace de sang. Ce traitement fut continué trois semaines, associé à un régime hygiénique et eut pour résultat la cessation radicale des hémorrhagies et bientôt le parfait rétablissement de la malade.





CHAPITRE V



Conclusions.



Nous recommandons ce procédé parce qu'il donne de bons résultats :

1° Dans les inflammations chroniques douloureuses ou non des organes génitaux ;

2° Dans les déviations adhérentes ou non adhérentes ;

3° Dans les métrites muco-purulentes ou hémorrhagiques ;

4° Dans les cas où il est difficile de diagnostiquer la présence de poches purulentes, soit dans les trompes, soit dans le tissu cellulaire pelvien, parce que ce pansement rend le toucher plus facile en assouplissant les culs-de-sac.

Ce traitement présente les avantages suivants :

- 1° Il est simple ;
- 2° Ne nécessite l'emploi d'aucun autre instrument qu'un spéculum, une pince à pansement et une pince à fixer le col utérin ;
- 3° Il ne peut donner lieu à aucune réaction inflammatoire ;
- 4° Il met les organes malades au repos, sans forcer la patiente à garder le lit ;
- 5° Il empêche le coït ;
- 6° Il décongestionne les tissus ;
- 7° Il rend plus souples les ligaments rétractés ;
- 8° Il permet de mobiliser l'utérus et de le maintenir ensuite avec un pessaire ;
- 9° Grâce à ses propriétés décongestionnantes, il peut être un auxiliaire de la dilatation de l'utérus, du curetage ou de la laparotomie ; lorsque seul il aura échoué.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

